

рах. Поэтому прежде всего необходимо прекратить широкое и бесконтрольное применение антибиотиков.

#### **Литература:**

1. Гостищев, В. К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей. «Геотар-Медиа», 2007 г., 762 С.
2. Principles and management of surgical infections/ Ed.J.M. Davis, G.T. Shires. – New York, 1996.

### **ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ДЕЛИРИЕМ**

Близин А.Д., Илбуть В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Климович И.И.

**Актуальность.** За последние тридцать лет отмечен более чем двукратный рост числа пациентов с хроническим панкреатитом (ХП), а летальность составляет 15-20% при консервативном лечении и достигает 70% при оперативном лечении.

**Цель:** выяснить причины и частоту развития делириозного синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом.

**Материал и методы исследования.** Нами были проанализированы 212 истории болезней пациентов с ХП, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Гродно в 2015 г.

**Результаты исследования.** Мужчин было – 145 (68,4%), женщин – 67 (31,6%), возраст пациентов колебался от 21 до 78 лет. Из всех пациентов деструктивные формы ХП наблюдались у 23 (10,8%) пациентов, из них 13 (6,1%) пациентов оперированы. Показанием к операции были появление симптомов перитонита на фоне интенсивной комплексной консервативной терапии. Делириозный синдром развился у 21 пациента, что составляет (9,9%) от общего количества пациентов с хроническим панкреатитом. Среди пациентов, у которых наблюдался тяжелый деструктивный панкреатит, делириозный синдром развился у 12 (5,7%), средний возраст этих пациентов составил 44,5 года. В анамнезе этих пациентов имеются указания на злоупотребление алкоголем, у 9 из них алкогольный делирий наблюдался и ранее. Делирий с легкой формой хронического панкреатита наблюдался у 9 (4,2%) пациентов, в анамнезе у которых выявлено злоупотребление алкоголем. Лечение хронического панкреатита – весьма сложная и трудоёмкая задача. Особенно тяжелые формы ХП отмечаются у пожилых пациентов с выраженным атеросклерозом и сахарным диабетом, у молодых пациентов – при злоупотреблении алкоголем. Необходимо учитывать, что при этом имеется нарушение всех видов обмена веществ и их взаимосвязи, помнить не только о восстановлении углеводного и липидного обмена, но также проводить коррекцию кислотно-основного состояния, гидроионного баланса, особенно же важно скорректировать и поддерживать стабильность аминокислотного обмена, поскольку имеющийся дисбаланс аминокислот сказывается на синтезе инсулина и панкреатических ферментов, снижается иммунитет, развиваются неврологические расстройства. Пациенты с делириозным расстройством сознания лечились в реанимационном отделении с участием хирурга, реаниматолога, психиатра.

#### **Выводы:**

1. Делириозный синдром, как правило, развивается у пациентов с хроническим деструктивным панкреатитом, страдающих хроническим алкоголизмом, и может быть обусловлен не только отменой приема алкоголя, но и протекающим деструктивным процессом в поджелудочной железе.
2. Пациенты с делириозным расстройством сознания должны лечиться в реанимационном отделении с участием хирурга, реаниматолога.

#### **Литература:**

3. 1. Миллер С. В. Лечение больных острым деструктивным панкреатитом / Ю. С. Винник, О. В. Теплякова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2012.-№ 5.-С. 24–30.
4. 2. Руженцова Т. А. Клиническое течение и подходы к терапии хронического панкреатита у пациентов с сочетанной патологией / Т.А.Руженцова // Регулярные выпуски «РМЖ» - №21- 09.12.2015.- С. 1290-1292.

## **СКРЫТОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**

Бондарчук Ю.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Нечипоренко Н.А.

**Актуальность.** У женщин, с генитальным пролапсом (ГП) весьма часто наблюдаются различные расстройства мочеиспускания, среди которых наиболее значимым является недержание мочи при напряжении (НМпН). В настоящее время, это состояние представляет актуальную медицинскую, социальную и экономическую проблему. У части женщин с ГП в виде полного выпадения матки, выпадения купола культы влагалища или цистоцеле III-IV степени НМпН может носить скрытый характер (скрытое НМпН). Этот вид НМпН характеризуется тем, что эпизодов непроизвольной потери мочи при физическом напряжении, характерных для манифестных форм НМпН, у таких пациенток с ГП не наблюдается, а, после проведенной операции, восстанавливающей физиологическое положение матки, влагалища и мочевого пузыря (МП), недержание мочи начинает манифестировать.

**Цель:** оценить возможности диагностики и тактику лечения при скрытом НМпН.

**Методы исследования.** В период с 2010 по 2014 год, на базе УЗ «Гродненской областной клинической больницы» мы наблюдали 105 женщин с различными видами и степенями выраженности ГП, осложненного различными расстройствами мочеиспускания, но, при сохраненной континенции. Все женщины были обследованы и оперированы. Обследование включало осмотр промежности, гинекологическое исследование при наполненном мочевом пузыре, выполнение стандартной «кашлевой» пробы. Для выявления скрытого НМпН проводили специальный тест.

**Результаты.** В результате проведенного обследования 105 женщин положение внутренних половых органов оценено как полное выпадение матки у 46, выпадение купола культы влагалища - у 6; опущение матки II-III ст., цистоцеле II-IV ст., ректоцеле II-III ст. – у 48 и цистоцеле I-III ст., ректоцеле III ст.- у 5 женщин. У всех 105 пациенток имели место различные расстройства мочеиспускания: обструктивное мочеиспускание-61, обструктивное мочеиспускание + "сухой" гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – 6; "сухой" ГАМП – 38.

Всем проведена моделирующая физиологическое положение передней стенки влагалища и МП проба с помощью влагалищного зеркала. Скрытое НМпН этой пробой было выявлено у 10 человек (9,5%): с выпадением матки и обструктивным мочеиспусканием было 5 женщин, с выпадением купола культы влагалища и обструктивным мочеиспусканием – 1; с опущением матки II-III ст., цистоцеле II-III ст., ректоцеле II-III ст. и "сухим" ГАМП – 4. После обследования все были оперированы. Коррекцию ГП проводили с использованием синтетических сетчатых протезов по принципу Prolift. Для восстановления континенции выполняли уретропексию синтетической лентой по принципу TVT или TVT- obturator.

### **Выводы:**

1. Все женщины, которым планируется хирургическая коррекция ГП, должны быть обследованы на предмет исключения скрытого НМпН.
2. При выявлении у женщины с ГП скрытого НМпН целесообразно выполнить коррекцию ГП и если после этого развивается манифестная форма НМпН, тогда через 2-3 месяца выполнить антистрессовую операцию.

### **Литература:**